

ΑΙΤΗΣΗ/ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(ΘΕΣΗ ΥΠΕΡΑΡΙΘΜΟΥ)

Ιδιώτη ιατρού, με πιστοποιητικό μετεκπαίδευσης στον Σακχαρώδη Διαβήτη, για εγγραφή στον κατάλογο εξειδίκευσης στον Σακχαρώδη Διαβήτη

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Όνομα Πατρός.....

Ειδικότητα

Δ/νση κατοικίας.....

Τ.Κ.....

Πόλη.....

Τηλέφωνο.....

e mail

Ιδιότητα.....

Θεσσαλονίκη,

Αριθ. Πρωτ.:

Προς

Το Γ. Ν. Θ. «Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

Αιτούμαι τη συμμετοχή μου στη διαδικασία επιλογής ειδικευμένων ιατρών προς εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη.

Παρακαλώ όπως με εγγράψετε στον αντίστοιχο κατάλογο που τηρείται στο Νοσοκομείο, ως ιδιώτη ιατρό, με πιστοποιητικό μετεκπαίδευσης στον Σακχαρώδη Διαβήτη, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην υπ' αριθμ. Γ4α/οικ.4133/16.01.2023 (Β'337) Απόφαση του Υπουργείου Υγείας.

Συνημμένα υποβάλλω φωτοαντίγραφα των κάτωθι δικαιολογητικών:

- Πτυχίο
- Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
- Τίτλος ειδικότητας
- Βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό Σύλλογο
- Αστυνομική ταυτότητα ή διαβατήριο
- Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του ν.1599/86 στην οποία θα αναφέρεται εάν θα ασκώ ή όχι άλλη επαγγελματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της εξειδίκευσης.
- Πιστοποιητικό Μετεκπαίδευσης στον Σακχαρώδη Διαβήτη.

Ο/Η ΑΙΤ.....

Θεσσαλονίκη,/...../.....